CONSEIL DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE

perspectives|sts

# DÉFI EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

## Stratégie de recherche et d'utilisation des connaissances

Québec

# DÉFI « EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ »

## Stratégie de recherche et d'utilisation des connaissances

Perspectives STS

2007

BIBLIOTHÈQUE
21 JAN. 2008
ASSEMBLÉE NATIONALE

G12

Cette publication a été éditée par le
**Conseil de la science et de la technologie**
1200, route de l'Eglise, bureau 3.45
3e étage
Québec (Québec) G1V 4Z2
Téléphone : 418 644-1165
Télécopie : 418 646-0920

Ce document est accessible sur le site Web du
Conseil de la science et de la technologie
http://www.cst.gouv.qc.ca

**Recherche et rédaction**
Marie Demers
avec la collaboration de Guillaume Burigusa

**Coordination des communications**
Katerine Hamel
Agente d'information

**Mise en pages**
Catherine Moreau

**Conception graphique de la page couverture**
Bleu Outremer

**Révision linguistique**
Le Graphe

Dépôt légal – 2007
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 978-2-550-51286-8

Pour faciliter la lecture du texte, le genre masculin est utilisé sans aucune intention discriminatoire.

© Gouvernement du Québec 2007

## Note

Le Conseil de la science et de la technologie est heureux de publier ce document de stratégie, produit dans le cadre de la phase II du projet *Perspectives STS*[1].

Ce document est le résultat des travaux d'un comité de pilotage, formé essentiellement de chercheurs et d'utilisateurs de la recherche. Les membres du comité ont été nommés par le Conseil et par ses partenaires, le ministère de la Santé et des Services sociaux, le Fonds de la recherche en santé du Québec et le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture. Le Comité de pilotage a reçu le mandat d'élaborer un projet de stratégie de développement de la recherche pouvant aider à relever un des grands défis socioéconomiques du Québec, celui de l'« Efficacité du système de santé ».

Tout au long de cette opération, le rôle du Conseil et de ses partenaires a consisté à faciliter le processus. Le secrétariat du Conseil a notamment mis à la disposition du comité une ressource professionnelle pour le travail de recherche et de rédaction ainsi que pour en assurer les fonctions logistiques.

Il est important de préciser que le contenu de la stratégie, y compris les actions qui y sont recommandées, relève de l'entière responsabilité du comité de pilotage. Cette ligne de conduite est conforme à l'esprit du projet *Perspectives STS* qui, depuis ses tout débuts et à chacune de ses étapes, laisse aux acteurs concernés toute latitude pour décider entre eux de leurs choix. Ainsi, ni le Conseil lui-même ni le MDEIE, qui a soutenu financièrement le projet *Perspectives STS* dans son ensemble, n'ont participé à l'élaboration de ces contenus. Il convient également de noter que les recommandations émises par le comité de pilotage ne constituent pas à ce stade des engagements pris par le gouvernement

Le Conseil souhaite que le document de stratégie connaisse toute la diffusion et ait tout l'impact qu'il mérite.

---

[1] Pour toute information sur le projet *Perspectives STS*, on est prié de consulter le site Web du Conseil à l'adresse www.cst.gouv.qc.ca.

## Résumé


### Contexte du développement de la stratégie

La stratégie de recherche et de transfert sur l'efficacité du système de santé s'inscrit dans la phase II du projet *Perspectives STS* (science, technologie, société) mené par le Conseil de la science et de la technologie. Ce projet inédit et d'envergure lancé en 2003 reposait sur une démarche de type prospectif comportant plusieurs étapes de consultation de façon à circonscrire la demande sociale de nouveaux savoirs qui permettraient de relever certains défis socioéconomiques majeurs pour le Québec au cours des deux prochaines décennies. L'un des objectifs du projet *Perspectives STS* est de contribuer au rapprochement entre les scientifiques et les utilisateurs de nouvelles connaissances et de nouvelles technologies. L'efficacité du système de santé constitue l'un des sept défis majeurs retenus au cours du processus de consultation. Ce défi se formulait ainsi: « Accroître l'efficacité du système public de santé dans un environnement dominé par une population vieillissante, tout en contrôlant les coûts ».

### Démarche du comité de pilotage

En 2006, un comité de pilotage mis sur pied par les partenaires du défi et réunissant chercheurs et utilisateurs de recherche de différents milieux a été convié à élaborer une stratégie de développement de la recherche propre au défi. La démarche du comité se situe dans la perspective d'une meilleure articulation entre la production de recherche et le système de santé. Elle va au-delà de la priorisation des efforts de recherche, adoptant une approche plus globale qui met en lumière à la fois l'ensemble des capacités de recherche multidisciplinaire requises pour saisir la totalité des facteurs et des interrelations influant sur l'évolution du système de santé et les efforts nécessaires pour l'utilisation des connaissances découlant de la recherche, en vue de contribuer activement à l'amélioration du système de santé. Les travaux du comité se sont étalés sur près d'une année et ont donné lieu à six rencontres entre mai 2006 et février 2007.

### Étapes de la démarche

Au cours de cette période, le comité a été amené à :

- situer la problématique de l'efficacité du système de santé dans une perspective internationale;
- élargir l'angle d'approche du défi pour englober toute la question de la performance du système de santé;
- définir le cadre intégrateur servant de fondement à la réflexion sur le sujet;
- préciser les objectifs à atteindre;

- poser un diagnostic sur le système de santé québécois, ses besoins de connaissances et les instruments nécessaires pour combler ces besoins;
- faire l'inventaire des chercheurs, des regroupements de recherche, de la relève potentielle, des projets de recherche et du financement sur la problématique;
- déterminer les éléments qui devraient être pris en compte au chapitre de la formation des chercheurs, du développement de la recherche et de l'utilisation des connaissances;
- dégager les pistes d'action à intégrer dans une stratégie de recherche et les moyens privilégiés pour y parvenir.

### Approche adoptée par le comité

Il est apparu évident aux membres du comité qu'on ne pouvait aborder la question de l'efficacité du système de santé sans tenir compte des valeurs – d'équité, de solidarité sociale et de droit à la plus haute qualité de santé accessible sans discrimination aucune – sur lesquelles le système est fondé et sans faire intervenir les autres dimensions de la performance dans lesquelles l'efficacité s'imbrique. La performance du système de santé repose sur un ensemble de dimensions et dire qu'un système est performant revient à comparer la réalisation des objectifs du système avec ce que celui-ci peut être capable d'accomplir, c'est-à-dire l'atteinte des meilleurs résultats possible en disposant des mêmes ressources.

On a d'abord posé un premier regard sur les besoins du système de santé québécois en mettant en évidence les lacunes qui persistent et en dégageant les possibilités d'amélioration. Pour être plus efficace, ce système devrait présenter les caractéristiques suivantes :

- Un accent plus prononcé sur la prévention et la promotion;
- Un plus grand engagement des parties prenantes;
- Une meilleure collaboration inter et intraprofessionnelle, interorganisationnelle et intersectiorelle;
- Un modèle de pratique mieux adapté à la réalité nouvelle;
- Une logique de service organisée en fonction de l'usager;
- Une meilleure intégration des technologies de l'information et de la communication;
- Une gestion plus centrée sur les résultats;
- Une formation continue élargie pour favoriser l'adaption des pratiques professionnelles et de gestion.

### Diagnostic posé sur l'état actuel de la recherche

- Dotés de capacités de recherche limitées et vieillissantes, la plupart des domaines sont loin d'atteindre une masse critique les mettant à l'abri de l'attrition;
- La relève existe mais elle est précaire en raison de la rareté des postes universitaires et les sciences sociales y sont très peu représentées;
- Plusieurs domaines d'expertise de création récente. C'est entre autres le cas des soins infirmiers, des soins de première ligne et de la recherche sur les technologies de l'information et les technologies médicales;
- L'expertise en économie de la santé montre un sous-développement marqué;
- La croissance de la recherche évaluative a été ralentie en raison de l'absence d'un soutien financier soutenu dans le temps;
- Les dimensions sociales et communautaires du système peu étudiées et peu intégrées;
- L'interface est déficiente entre le système de production de recherche et le système de santé, ce qui n'encourage pas le transfert des connaissances et son appropriation par les décideurs et les autres acteurs du système;
- Le financement présente un sous-développement, aussi bien en comparaison avec d'autres secteurs de recherche en santé qu'avec le reste du Canada.

### Orientations de la recherche à promouvoir

L'examen de l'organisation de la recherche a fait ressortir le transfert et l'appropriation des connaissances comme éléments clés pour améliorer l'efficacité du système de santé, car c'est moins souvent la connaissance qui fait défaut que sa mise en application. Il existe un écart marqué entre la production de recherche et sa mise à profit. Une meilleure articulation entre la recherche et le système de santé s'impose donc pour faire en sorte que les résultats de recherche soient plus et mieux utilisés. Une grande partie de cette stratégie est consacrée à des actions visant à améliorer le transfert et l'appropriation des connaissances. Elle propose aussi un effort important afin d'assurer la relève des chercheurs, considérant les effectifs vieillissants et limités et l'absence de masse critique dans la plupart des secteurs.

Au total, 28 actions stratégiques regroupées sous cinq grands thèmes ont été formulées. Elles comprennent entre autres la création et le financement d'un réseau permanent d'échange mettant à contribution chercheurs, décideurs, gestionnaires, praticiens et citoyens, de même que la création et le financement d'équipes et de chaires de recherche, de bourses de carrière, notamment pour les chercheurs en milieu de pratique, d'un programme de formation en économie de la santé, la mise sur pied de mesures incitatives favorisant la permanence dans des postes universitaires, la création d'un centre de

liaison et de transfert et une série de mesures destinées à accroître le transfert de connaissances.

PISTES D'ACTION ENVISAGÉES POUR RELEVER LE DÉFI

1 - **Investir dans les secteurs de recherche à fort potentiel d'impact** :

- Les thématiques associées aux valeurs qui sous-tendent le système;
- Les stratégies et les interventions relatives aux déterminants de la santé;
- Les pratiques professionnelles dans un contexte organisationnel en mutation;
- La transformation et la gestion des organisations;
- Les dimensions sociales et communautaires
- L'efficience du système et l'utilisation optimale des ressources;
- L'utilisation des connaissances;
- L'accès et l'exploitation des bases de données.

2 - **Créer un lieu d'échange permanent entre chercheurs et utilisateurs** de façon à favoriser une plus grande implication des citoyens, des décideurs, des gestionnaires et des intervenants dans le choix des priorités de recherche et afin d'atteindre ainsi une meilleure adéquation entre la production de recherche et les besoins du système

3 - **Assurer la relève** en développant l'expertise en économie de la santé et en mettant l'accent sur la formation des nouveaux chercheurs dans les créneaux où des déficits pourraient se faire sentir rapidement et ce, en misant sur l'interdisciplinarité et la collaboration avec les intervenants sur le terrain

4 - **Maximiser l'utilisation des connaissances** en consacrant au transfert une part significative du budget prévu pour le financement de la recherche, en créant un centre de liaison et de transfert, en mettant en place un programme d'actions concertées pour favoriser la recherche sur le transfert et l'appropriation des connaissances, de même qu'en incluant les activités de transfert dans les critères d'évaluation des comités de pairs

5 - **Accroître le financement de la recherche** de sorte que celui-ci représente une fraction fixe et non négligeable des sommes consacrées annuellement au financement du système de santé.

## En conclusion

Au terme de son élaboration, le document de stratégie a fait l'objet d'une consultation restreinte auprès de cinq experts du domaine afin de tester sa validité externe et d'y apporter les correctifs nécessaires. La stratégie déposée reflète donc les points de vue des chercheurs et des experts sur la question de l'efficacité du système de santé, de même que ceux des utilisateurs de recherche, qu'il s'agisse d'intervenants ou de décideurs gouvernementaux. De plus, des représentants des organismes subventionnaires engagés dans la démarche agissaient à titre d'observateurs lors des rencontres du comité.

Le mérite de cette stratégie de recherche est de tenir compte des lacunes observées dans l'organisation du système de santé tout en s'appuyant sur un bilan actuel de la recherche sur l'efficacité du système. Son caractère unique vient du fait qu'elle déborde la priorisation de thématiques de recherche pour aborder la question de l'organisation de la recherche dans son ensemble.

## Table des matières

Rappel du projet *Perspectives STS* (science, technologie, société) ..... 1

La démarche du comité de pilotage ..... 1

Le défi de l'efficacité du système de santé ..... 2

L'état actuel de la recherche ..... 7

Les enjeux relatifs à l'utilisation de la recherche ..... 11

Les objectifs de la stratégie ..... 13

Conclusion ..... 25

Références ..... 27

Annexe 1 Membres du comité de pilotage ..... 29

Annexe 2 Lecteurs externes du document de stratégie ..... 31

## Rappel du projet *Perspectives STS* (science, technologie, société)

*Perspectives STS* est un projet de type prospectif qui consiste à circonscrire une demande sociale de nouveaux savoirs et de nouvelles technologies et à voir comment la recherche réalisée au Québec peut contribuer à y apporter une réponse à long terme, c'est-à-dire sur un horizon de 15 à 20 ans. Ce projet d'envergure mis en oeuvre par le Conseil de la science et de la technologie en 2003 constitue une démarche unique au Québec. Il est mené en collaboration avec plusieurs partenaires et comprend plusieurs étapes de consultation :

- une consultation menée à l'hiver 2004 auprès du grand public (1 625 personnes) sur les préoccupations face à l'avenir et sur la perception des grands problèmes socioéconomiques que devrait affronter le Québec au cours des 20 prochaines années;
- un atelier de prospective réunissant une centaine de personnalités de milieux diversifiés de la société québécoise, invitées à l'automne 2004 à établir une liste d'une quarantaine de défis socioéconomiques majeurs pour le Québec;
- une consultation menée à l'hiver 2005 auprès de l'ensemble de la communauté québécoise de la recherche (1 300 répondants) les invitant à sélectionner, parmi les défis retenus à l'étape précédente de la démarche, ceux pour lesquels la recherche scientifique et le développement technologique pourraient apporter une contribution significative au cours des dix prochaines années.

Ces consultations ont permis de reconnaître sept défis majeurs pour le Québec. Pour chacun d'eux, un groupe de travail constitué d'experts a été chargé, au printemps 2005, de rédiger un rapport succinct illustrant le défi et ses enjeux et donnant un aperçu des principaux chantiers de recherche qui permettraient de relever le défi. Les conclusions des travaux des comités illustrant les contributions possibles de la recherche à la réalisation de ces sept défis ont fait l'objet d'une publication du Conseil de la science et de la technologie (CST, 2005).

## La démarche du comité de pilotage

En 2006, pour compléter l'exercice, un comité de pilotage a été invité à élaborer une stratégie de développement de la recherche propre au défi. Ce comité représentait différents courants de pensée et était doté d'une capacité d'analyse assez vaste de la pratique de recherche en santé au Québec. Il réunissait chercheurs, utilisateurs de recherche, décideurs gouvernementaux et représentants d'organismes subventionnaires. Ceux-ci ont tous apporté une contribution significative aux travaux. Le défi ayant trait à l'efficacité du système de santé stipulait qu'il s'agissait « d'accroître l'efficacité du système public de santé dans un environnement dominé par une population vieillissante, tout en contrôlant les coûts ».

La démarche du comité se situait dans la perspective d'une meilleure articulation entre la production de recherche et les besoins du système de santé. Elle s'est révélée originale par rapport aux démarches similaires menées au Canada au cours des dernières années car elle allait au-delà de la priorisation des efforts de recherche. Elle a adopté une approche plus globale qui met en lumière, d'une part, l'ensemble des capacités de recherche multidisciplinaire requises pour saisir la totalité des facteurs et des interrelations influant sur l'évolution du système de santé (les technologies, l'organisation, l'environnement social, politique, économique, etc.) et, d'autre part, les efforts nécessaires pour l'utilisation des connaissances découlant de la recherche, en vue de contribuer activement à l'amélioration du système de santé.

C'est ainsi que la démarche du comité a mené à :

- situer la problématique de l'efficacité du système de santé dans une perspective internationale;
- élargir l'angle d'approche du défi pour englober toute la question de la performance du système de santé;
- définir le cadre intégrateur servant de fondement à la réflexion sur le sujet;
- préciser les objectifs à atteindre;
- poser un diagnostic sur le système de santé québécois, ses besoins de connaissances et les instruments nécessaires pour combler ces besoins;
- faire un inventaire des chercheurs, des regroupements de recherche, de la relève potentielle, des projets de recherche et du financement sur la problématique;
- cerner les éléments qui devraient être pris en compte au chapitre de la formation des chercheurs, du développement de la recherche et de l'utilisation des connaissances;
- dégager les pistes d'action à intégrer dans une stratégie de recherche et les moyens privilégiés pour y parvenir.

## Le défi de l'efficacité du système de santé

Il se passe rarement une journée sans qu'à tort ou à raison les manchettes des quotidiens fassent état de lacunes dans le système de santé québécois : engorgement des salles d'urgence, délais d'attente trop longs, pénurie de médecins de famille et d'infirmières, surcharge de travail chez le personnel hospitalier, répartition géographique inadéquate des ressources, coût exorbitant des médicaments, infections dans les soins de santé et erreurs médicales sont autant d'exemples qui viennent semer le doute dans la population quant à la capacité du système à bien répondre à ses besoins. Pourtant, d'après les sondages, l'immense majorité des usagers se disent très satisfaits des soins reçus, ce qui laisse penser que le grand public ne dispose pas toujours d'une information adéquate

et que les médias ne sont pas nécessairement le meilleur véhicule pour le transfert de connaissances à la population en ce qui a trait au système de santé.

Il reste néanmoins que le rythme accéléré et l'importance des modifications survenues dans la prestation des services depuis les années 1990 ont engendré des insatisfactions, et ce, d'autant plus que les sommes investies dans le système représentent, au Québec, 43,5 % des dépenses publiques au chapitre des programmes en 2006-2007.

Assurer la prestation de services de qualité au moment opportun tout en tenant compte des coûts impliqués constitue un objectif difficile à atteindre dans une période où les systèmes de santé se retrouvent au cœur d'une reconfiguration rendue nécessaire par l'état de transition qui caractérise les sociétés occidentales sur plusieurs plans :

- transition épidémiologique où les maladies infectieuses et les problèmes aigus ont cédé le pas aux maladies chroniques et aux incapacités, exigeant plus de soins à long terme, mais pas nécessairement en milieu institutionnel (OMS, 2002). La gestion des maladies chroniques peut s'avérer complexe en raison de l'étiologie multifactorielle de ces maladies, de la longue période de latence entre l'exposition et l'occurrence de la maladie, de la présence de comorbidités et du développement d'incapacités de longue durée;
- transition sociodémographique caractérisée par le vieillissement accéléré de la population et l'affaiblissement du réseau de soutien traditionnel, résultant en partie des changements dans la structure des familles et de la présence accrue des femmes sur le marché du travail, ce qui restreint davantage la disponibilité pour s'occuper des proches et contribue aussi à la hausse de la demande pour les soins et services de longue durée. Néanmoins, des experts de plusieurs pays de même que les organisations internationales comme l'OMS et l'OCDE s'entendent pour dire que le vieillissement n'a pas l'impact dévastateur anticipé sur la hausse des coûts de santé et qu'il n'entraîne pas pour autant un allongement de la durée de vie avec incapacité (Barer et *al.*, 2004; Coory, 2004; Evans et *al.*, 2001; Newhouse, 1993; OCDE, 2006; Robine *et al.*, 1999; Strunk *et al.*, 2006; Thorpe *et al.*, 2005). Il faut par ailleurs considérer l'immigration, qui a aussi entraîné un changement important dans le profil socioculturel de la population québécoise, principalement dans la grande région de Montréal;
- transition technologique, où une kyrielle de médicaments et de techniques diagnostiques, chirurgicales et thérapeutiques moins invasives, mais souvent plus coûteuses, permettent d'intervenir auprès d'un plus grand nombre de patients, à la fois à un stade plus précoce ou plus avancé de la maladie, pour des conditions de plus en plus nombreuses, ainsi qu'à un plus grand âge, et où les attentes d'un public de plus en plus instruit, soucieux de sa qualité de vie et bénéficiant d'un accès plus grand à l'information médicale grâce à Internet sont grandissantes. Ces multiples facteurs ont pour effet d'entraîner un élargissement de l'offre et, dans certains cas, un accroissement de la demande.

Par la lourdeur de ses structures et de ses processus, le système de santé n'a pas toujours le degré de souplesse nécessaire pour répondre adéquatement et s'adapter rapidement aux multiples changements auxquels il est confronté. Un déséquilibre persiste entre les niveaux de soins au détriment des soins primaires, qui demeurent sous-développés actuellement. Les transformations mises en oeuvre au cours des dernières années visent une plus grande intégration des soins et des services, de même que l'introduction d'une approche populationnelle, faisant ainsi cohabiter deux logiques jusque-là peu étroitement liées : une logique de prestation de services et une logique de santé publique. Ce contexte de transformations est aussi marqué par les particularités propres au système de santé québécois, celui-ci intégrant à la fois les dimensions de santé et de bien-être de la population.

Le défi consiste donc à améliorer le système de santé en changeant la logique sur laquelle celui-ci repose, plutôt qu'à supposer que la résolution des problèmes actuels se résume principalement à une question de financement supplémentaire, qu'il s'agisse d'augmenter les dépenses ou d'accroître la part du financement privé. La complexité inhérente à une réorganisation des soins et services conduit à poser un regard plus global sur le système de santé ainsi qu'à réfléchir aux valeurs sur lesquelles il repose et que l'on souhaiterait préserver. Cette perspective plus globale et intégrant les valeurs sur lesquelles se fonde le système est d'ailleurs bien illustrée par l'OMS dans son énoncé des trois objectifs intrinsèques des systèmes de santé : améliorer la santé, répondre aux attentes de la population et répartir équitablement la contribution financière, de façon à prémunir les gens contre le coût financier de la maladie et à atténuer les inégalités en assurant à tous la même qualité de soins, sans discrimination (OMS, 2000).

Les valeurs d'équité, de solidarité sociale et le droit à la plus haute qualité de santé accessible sans discrimination aucune sont également au cœur de la déclaration de Montevideo de 2005 sur les nouvelles orientations dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (PAHO, 2005). La pertinence de cette déclaration tient non seulement aux valeurs sur lesquelles elle repose mais aussi au consensus qui se dégage, sur la scène internationale, selon lequel les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires sont parmi les plus efficaces. La déclaration souligne de plus le rôle critique de la participation citoyenne dans la prise de décisions pour appuyer et soutenir efficacement les politiques de santé. L'implication des citoyens s'avère particulièrement opportune dans la gestion des maladies chroniques, problèmes de santé qui prédominent désormais aussi bien au Québec qu'à l'échelle mondiale et qui sont liés en bonne partie aux habitudes de vie. Ce dernier constat met en évidence la place importante que devrait occuper la prévention et la promotion dans le système de santé et dans l'effort de recherche sur l'efficacité du système. La question de la recherche sur la prévention et la promotion constitue d'ailleurs l'objet central des travaux d'un autre comité de pilotage dans le cadre du projet *Perspective STS*, soit ceux qui ont mené à une stratégie de développement de la recherche portant spécifiquement sur les habitudes de vie.

Il est donc apparu évident aux membres du comité qu'on ne pouvait traiter de l'efficacité du système de santé sans tenir compte des valeurs sur lesquelles le système est fondé et sans faire intervenir les autres dimensions de la performance dans lesquelles l'efficacité est imbriquée et qui sont l'acceptabilité, l'accessibilité, la pertinence, la compétence, la continuité, l'efficacité, l'efficience et la sécurité (ICIS, 2006). La performance du système de santé repose sur l'ensemble de ces dimensions et « dans ce contexte, dire qu'un système est performant revient à comparer la réalisation des objectifs du système avec ce que le système peut être capable d'accomplir, c'est-à-dire l'atteinte des meilleurs résultats possibles avec les mêmes ressources » (Champagne *et al.*, 2004).

## Les possibilités d'amélioration du système de santé

Malgré les retombées positives indiscutables des transformations apportées au système de santé québécois au cours de la dernière décennie, tout le potentiel d'amélioration n'a pas encore été réalisé. Le comité a décelé plusieurs lacunes qui persistent et viennent entraver le succès de la réforme. La mise en évidence de ces lacunes et des façons de faire pour y remédier s'avère essentielle pour guider le développement de la recherche et faire que celle-ci contribue, par les connaissances produites et valorisées, à soutenir les transformations et améliorer la performance d'ensemble du système.

### Un accent plus prononcé sur la prévention et la promotion

Bien que le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaisse la nécessité d'agir en amont des problèmes dans son dernier plan stratégique, la prévention ne connaît pas encore un développement optimal. Le Québec n'a pas encore atteint le seuil d'investissement en prévention recommandé par l'OMS, qui est de 5 % du budget de la santé. L'approche préventive fait aussi partie des enjeux de la transformation et les autorités reconnaissent que désormais, les gains en santé viendront surtout de ce côté, d'où l'importance de développer davantage ce secteur de recherche insuffisamment couvert actuellement.

### Un plus grand engagement des parties prenantes

L'actuelle réforme des structures visant une plus grande intégration des services bénéficierait sans doute d'une plus grande participation des professionnels, dont les médecins, et des citoyens, acteurs importants du système dans cette transformation. Ce plus grand engagement faciliterait l'adaptation des façons de faire à l'approche populationnelle ainsi que la nouvelle logique d'intégration des services. Il n'existe pas, à cet égard, suffisamment de recherche sur l'adaptation des pratiques dans des contextes de transformation des systèmes de santé.

- **Une meilleure collaboration**

Malgré les changements apportés, les différentes disciplines travaillent encore souvent en silo. Il y aurait lieu d'accroître les collaborations interprofessionnelles, de même que la collaboration intraprofessionnelle, interorganisationnelle et intersectorielle. Une plus grande cohérence entre les niveaux décisionnels favoriserait la mise en place d'interconnexions efficaces entre eux. La recherche peut contribuer à expliquer les difficultés et tenter d'y apporter des réponses.

- **Un modèle de pratique mieux adapté à la réalité nouvelle**

Le modèle de pratique axé sur une prestation maximale de soins, souvent très coûteux et principalement fournis en milieu hospitalier ne représente sans doute plus la réponse unique, voire la mieux adaptée aux problèmes auxquels nous devons maintenant faire face, d'autant plus que la recherche évaluative internationale met de plus en plus en relief l'efficacité et l'efficience d'une diversité de pratiques et une combinaison de différents modèles fondés sur une intervention multidisciplinaire dans le milieu de vie des personnes. Il y a cependant peu d'études au Québec qui permettent de soutenir les changements requis.

- **Une logique de services organisée en fonction de l'usager**

L'usager a souvent la tâche de se repérer dans le système afin d'obtenir les services requis, ce qui n'est ni facilitant, ni efficient, étant donné la complexité du système de soins et le degré de vulnérabilité qui caractérise une partie de la clientèle. La prise en compte du point de vue de l'usager permettrait d'encourager la participation citoyenne, ainsi que le prévoit la déclaration de Montevideo. La recherche devrait davantage mettre l'accent sur la perspective de l'usager, en ce qui a trait tant au recours aux soins qu'à la disponibilité d'une information qui favoriserait une meilleure prise en charge de la santé par l'individu lui-même.

- **Une meilleure intégration des technologies de l'information et de la communication**

Les pratiques de gestion devraient utiliser davantage les systèmes d'information de façon à mieux évaluer l'impact des services sur la santé de la population. Il faut viser une plus grande intégration des technologies de l'information et de la communication disponibles dans la pratique, mais d'abord, il est nécessaire de préparer le terrain pour faciliter cette intégration. À l'heure actuelle, l'accompagnement du changement de pratique exigé par les nouvelles technologies est déficient, ce qui entraîne leur sous-utilisation. Dans l'implantation de ces technologies, on s'est plus attardé, jusqu'à maintenant, à la conformité par rapport aux politiques qu'à leur utilisation optimale. Une autre difficulté d'intégration des technologies de l'information et de la communication dans la pratique vient d'un effet de génération. Les cohortes plus âgées n'ont pas appris à fonctionner avec ce type de technologie comparativement aux plus jeunes chez lesquelles elles

ont joué un rôle tout au long de la formation. Il importe de continuer d'investir dans l'implantation de ces technologies et d'examiner comment elles peuvent soutenir la gestion du changement.

- **Une gestion plus centrée sur les résultats**

Les pratiques de gestion et les pratiques cliniques gagneraient à mieux intégrer les résultats de recherche disponibles. La gestion devrait être plus centrée sur les résultats de santé et de bien-être ainsi que sur l'amélioration des compétences. À cet égard, les contrats de performance des établissements gagneraient à s'appuyer sur des indicateurs de résultats de santé de la population. De même, l'accréditation de l'établissement devrait être orientée vers l'amélioration des résultats de santé ainsi que l'amélioration des compétences. Le ministère de la Santé et des Services sociaux et les acteurs du système seraient ainsi mieux outillés pour monitorer l'atteinte des objectifs liés à l'approche populationnelle. Il faut par ailleurs s'assurer que le transfert et l'appropriation des connaissances sont intégrés de façon continue dans les pratiques et soutenir la réflexion sur les pratiques et les stratégies les plus efficaces pour y parvenir.

- **Une formation continue élargie**

Un plus grand accent sur la formation continue serait susceptible de favoriser l'adaptation des pratiques professionnelles et de gestion à un contexte organisationnel en mutation et à des clientèles dont le profil d'éducation, d'une part, et le degré de vulnérabilité, d'autre part, ont eux aussi changé. La formation devrait également améliorer la maîtrise des nouvelles technologies qui ont vu le jour, en particulier des technologies de l'information et de la communication.

## L'état actuel de la recherche

Afin de voir si le milieu universitaire québécois est en mesure de répondre adéquatement au défi de la recherche sur l'efficacité du système de santé, une série de travaux ont été exécutés dans le cadre de l'élaboration de cette stratégie pour documenter les capacités actuelles de recherche au Québec dans le domaine. Les constats qui suivent découlent de ces travaux. Dans un premier temps, les regroupements et les chercheurs actifs dans le domaine en 2006 ont été répertoriés. Un inventaire des doctorants et des stagiaires postdoctoraux au cours de la période 2000-2006 a été dressé pour caractériser la relève. Les projets de recherche réalisés ou en cours entre 2000 et 2006 en lien avec la problématique ont également été répertoriés. Le financement de la recherche par les organismes subventionnaires a aussi été examiné. Enfin, les organismes actifs en transfert et en application des connaissances en lien avec l'efficacité du système de santé ont été inventoriés.

À cette fin, de nombreuses sources ont été consultées: sites des vice-rectorats à la recherche des universités, sites des départements et des facultés universitaires, sites des

groupes de recherche, sites des organismes subventionnaires québécois et canadiens, en particulier pour les projets de recherche et les données relatives au financement, le Répertoire des chercheurs, d'Expertise recherche Québec (ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation et les trois fonds subventionnaires québécois), sites des établissements affiliés, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et des différentes agences, Banque sur la recherche sociale et en santé (BRSS) du MSSS, etc.

Ces travaux ont donné lieu à une série de documents d'appoint dont l'objectif est d'aider le comité à poser un regard éclairé sur l'état actuel de la recherche liée à l'efficacité du système de santé au Québec. Les principales constatations qui se dégagent de cet exercice sont rassemblées dans les paragraphes qui suivent.

### Une masse de chercheurs restreinte et vieillissante

Au Québec en 2006, près de 150 chercheurs se penchent sur l'efficacité du système de santé. Une portion significative d'entre eux sont en fin de carrière, ce qui vient fragiliser plusieurs champs d'activité car, étant donné les petits nombres de chercheurs concernés, la plupart des domaines de recherche sont loin d'atteindre une masse critique les mettant à l'abri de l'attrition. Tout au plus observe-t-on des pointes d'expertise dans certains domaines. On peut donc se demander si le Québec dispose des capacités de recherche suffisantes pour répondre aux enjeux du système de santé. Par comparaison, rappelons que la recherche publique au Québec réunit au total environ 9 000 chercheurs, tout domaine confondu. En raison de l'importance des sommes consacrées au système de santé, de la difficulté de trouver et de mettre en place des solutions qui permettraient de l'améliorer ainsi que des attentes de la population en ce qui a trait à la disponibilité de services de qualité, une augmentation du nombre de chercheurs dans ce domaine constitue un enjeu crucial.

On dénombre actuellement peu de chaires de recherche en lien, de près ou de loin, avec l'efficacité du système de santé: onze seulement ont été répertoriées, dont cinq chaires de recherche du Canada, comparativement au secteur biomédical où elles abondent (par comparaison, mentionnons que 202 chaires de recherche du Canada avaient été allouées à l'ensemble du secteur de la santé au Québec, tout domaine confondu, entre le début du programme en 2000 et sa fin en 2004).

### Une relève présente mais fragile

L'inventaire couvrant les années 2000 à 2006 a répertorié 61 nouveaux chercheurs ayant acquis une formation doctorale ou postdoctorale en lien avec l'efficacité du système de santé au cours de la période (ce nombre ne tient pas compte de ceux en formation à l'extérieur du Québec). On constate que la santé publique est le domaine d'expertise prédominant alors que l'économie de la santé est totalement absente. Les sciences sociales sont également très peu représentées. Étant donné la faible disponibilité des

postes universitaires, l'incertitude persiste quant à l'intégration en milieu universitaire des 17 stagiaires postdoctoraux de cette cohorte.

### Plusieurs domaines d'expertise de création récente

Au chapitre des thématiques abordées, on observe, depuis peu, une accentuation du développement de la recherche sur les soins infirmiers et sur les services de première ligne dans quelques universités. Ce développement avait été encouragé par l'existence d'un programme de subventions pour les intervenants de première ligne et d'un programme de chercheurs-boursiers en milieu de pratique. Mais les restrictions budgétaires imposées aux organismes subventionnaires québécois au début des années 2000 ont fait en sorte que ces programmes ont été retirés de la programmation des fonds. La recherche sur les technologies de l'information et de la communication, de même que sur les technologies médicales est aussi en plein essor. Il n'en reste pas moins que les groupes et les chaires de recherche touchant ces problématiques sont de création récente et n'ont pas encore acquis un degré de stabilité garantissant leur pérennité.

### Un sous-développement de l'expertise économique appliquée à la santé

Il se fait très peu de recherche au Québec sur l'efficience et l'évaluation économique dans le domaine de la santé. Bien que quelques groupes se penchent sur la performance du système de santé, peu nombreux sont les chercheurs engagés dans les analyses coût-efficacité. Aucun groupe abordant spécifiquement cette problématique n'a été répertorié. D'ailleurs, l'examen de la formation des chercheurs révèle que peu d'entre eux possèdent une expertise en économique. L'économie de la santé ne semble guère attirer les économistes, pourtant très nombreux au Québec. Ils ne sont pas incités à s'orienter vers ce domaine de recherche. À ce problème s'ajoute la forte concurrence de l'industrie pharmaceutique, qui offre des salaires plus intéressants comparativement au milieu universitaire. Les analyses à caractère économique sont donc dispersées dans les différentes universités. Lorsqu'elles existent, elles portent sur des composantes bien particulières du système. Aucune université québécoise ne dispose actuellement d'une chaire en économie de la santé et la relève dans le domaine est presque absente.

### Une recherche évaluative dont la croissance a été ralentie

On remarque la présence non négligeable de ressources en recherche évaluative sur les interventions et sur l'organisation des services dans les secteurs public et parapublic (dans les centres affiliés universitaires, dans les agences de santé, à l'Institut national de santé publique du Québec ainsi qu'à la Direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux). Beaucoup d'actions ponctuelles ont été réalisées, mais n'ont pas été soutenues dans le temps, ce qui a ralenti la croissance de ce secteur. Les mesures incitatives pour favoriser l'intégration de chercheurs en milieu de pratique ont été réduites. Il importe d'encourager la croissance de cette recherche qui, par son ancrage, est susceptible de contribuer à une meilleure articulation avec les besoins des praticiens sur le terrain ainsi qu'avec ceux des gestionnaires et des décideurs. Ce type de

recherche devrait, de plus, être soutenu dans le temps, car des études longitudinales sont nécessaires pour suivre les changements et évaluer leurs impacts. Enfin, la recherche évaluative sur les services sociaux en particulier aurait avantage à être amplifiée.

- **Des dimensions sociales et communautaires peu étudiées et peu intégrées**

L'inventaire des projets de recherche réalisés ou en cours entre les années 2000 et 2006 a fait ressortir un écart considérable entre la recherche sur les services de santé – physique et mentale – et la recherche sur les services sociaux. Le système de santé québécois se distingue pourtant par le fait qu'il intègre à la fois les services de santé et les services sociaux. Il semble néanmoins que la recherche sur les dimensions sociales et communautaires de la transformation ait été négligée jusqu'à maintenant. De plus, les projets menés s'additionnent les uns aux autres sans donner lieu à une intégration, ce qui laisse une impression de dispersion.

- **Un financement insuffisant**

L'inventaire des recherches menées ou en cours entre les années 2000 et 2006 a permis de repérer 246 projets en lien avec la problématique. Ce nombre n'inclut pas les projets de doctorat ou de stage postdoctoral, les bourses de carrière et les subventions d'infrastructure. Les projets recensés totalisent 66 millions de dollars en subventions de recherche d'organismes subventionnaires pour la période à l'étude (en moyenne 11 millions de dollars par année). Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) constituent le principal bailleur de fonds des projets répertoriés dans cet inventaire, avec plus de 45 % des sommes en cause. Santé Canada et la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé apportent aussi une contribution significative avec respectivement 20 % et 13 % du financement de ces projets. Le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH) et le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) apportent une contribution mineure à la recherche dans le domaine.

L'examen du financement global de la recherche en santé révèle pour sa part un sous-développement dans le domaine, aussi bien en comparaison avec d'autres secteurs de recherche en santé qu'avec le reste du Canada. En 2004-2005, 72,7 % des fonds alloués à des chercheurs québécois par les IRSC sont allés à la recherche biomédicale et 13,3 % à la recherche clinique, comparativement à 4,6 % seulement pour la recherche sur les systèmes et les services de santé. Le financement pour ce type de recherche a très peu augmenté entre 1999-2000 et 2004-2005, alors que les investissements en recherche biomédicale eux, se sont accrus considérablement. Enfin, même si les chercheurs québécois ont obtenu globalement 28,9 % des sommes attribuées par les IRSC entre 1999-2000 et 2004-2005, ils n'ont reçu que 16,8 % des montants relevant de l'Institut sur les services et les politiques de santé. La Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS) fournit aussi un soutien financier significatif: entre 2001 et 2004, les chercheurs québécois ont reçu 6,1 millions de dollars de cet organisme sur les 20,5 millions accordés à l'échelle canadienne, soit près de 30 % du total.

Par ailleurs, dans le cadre du Programme de recherche sur les politiques en matière de santé (PRPS) de Santé Canada, le Québec a bénéficié de 6,5 % seulement des sommes allouées dans l'ensemble du Canada entre 2001 et 2005, soit 586 000 $. Créé en 2001, ce programme a réussi à attribuer seulement 36 % des 15 millions de dollars de l'enveloppe disponible au cours de la période, et ce, en raison du faible nombre de demandes soumises par les chercheurs, selon l'information fournie par un des gestionnaires du programme.

Si le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) subventionne peu de projets de recherche en lien avec l'efficacité du système de santé, il apporte, en revanche, un soutien financier annuel à plusieurs groupes de recherche intéressés par cette problématique. Il en est ainsi du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) et du Groupe de recherche interuniversitaire en soins infirmiers (GRISIM), qui sont deux groupes reconnus et soutenus par le FRSQ, auxquels on peut ajouter le Réseau de recherche en santé des populations et plusieurs centres du FRSQ où des projets en lien avec la problématique sont réalisés. Le Fonds de la recherche en santé du Québec apporte également une importante contribution au chapitre des bourses de formation et des bourses de carrière dans ce domaine. De 2003-2004 à 2006-2007, le FRSQ a ainsi accordé 44 bourses de carrière à des chercheurs travaillant à des thématiques en lien avec l'efficacité du système de santé, ainsi que 17 bourses de doctorat et 3 bourses de stage postdoctoral, ce qui représente près du tiers des boursiers dont les travaux portent sur cette question.

## Les enjeux relatifs à l'utilisation de la recherche

L'efficacité du système de santé est liée, dans une certaine mesure, à l'utilisation des connaissances découlant de la recherche effectuée dans le domaine. Le transfert et l'appropriation des connaissances ressortent comme des éléments clés pour améliorer l'efficacité car, au dire des experts, c'est souvent moins la connaissance qui fait défaut que sa mise en application. Une meilleure articulation entre la recherche et le système de santé s'impose dès lors pour faire en sorte que les recherches soient plus et mieux utilisées. Selon les membres du comité, il appparaît important de mettre l'accent sur l'interface entre le système de production de recherche et le système de santé afin de voir comment la recherche peut soutenir les changements en cours et ainsi contribuer à améliorer la performance du système.

De fait, il existe un écart marqué entre la production de recherche et sa mise à profit. L'information disponible est abondante, mais son utilisation n'est pas optimale. Ou bien elle ne se rend pas entre les mains des décideurs et des autres acteurs du système, ou bien elle n'est pas traduite de façon à être compréhensible ou encore, elle est peu adaptée au caractère opérationnel de la prise de décisions. Souvent, elle n'a pas fait l'objet de synthèses de connaissances qui permettraient de faire le point sur une problématique.

D'autres facteurs ne relevant pas de la capacité du chercheur à transmettre ses résultats viennent aussi entraver une utilisation optimale de l'information scientifique. Souvent confrontés à des impératifs d'ordre politique et aux prises avec des ressources humaines et financières limitées, les décideurs et les gestionnaires peuvent être amenés à agir sans vraiment s'appuyer sur des données probantes. Ils peuvent de plus se heurter à des réticences de la part des divers ordres professionnels ou à une réceptivité insuffisante des gens sur le terrain. L'univers de la recherche, celui de la prise de décisions et celui de la pratique obéissent généralement à des logiques différentes qui peuvent même s'avérer parfois incompatibles. Les temporalités diffèrent également, le temps de la recherche étant généralement plus long que celui de la décision ou de la pratique.

Ces constats sont autant d'éléments qui viennent renforcer l'importance des démarches de transfert et de valorisation des connaissances afin de réduire le degré d'étanchéité entre ces univers. Leur mise en relation passe par des mécanismes complexes et multiples d'interaction qui donneront lieu à des ajustements. Pour se concrétiser, ceux-ci requièrent l'existence de lieux d'échange favorables. D'une part, peu de ressources sont disponibles actuellement pour le transfert de connaissances et celui-ci ne se fait pas bien vers les milieux de pratique. D'autre part, la participation des chercheurs au transfert et à la valorisation des connaissances est relativement récente et ceux-ci n'ont eu que peu de formation dans ce domaine. Un accent plus grand sur la formation interdisciplinaire améliorerait sans doute la capacité de réaliser une meilleure intégration des connaissances.

Des alliances entre chercheurs, gestionnaires, praticiens, décideurs politiques et citoyens paraissent donc nécessaires afin d'assurer un meilleur arrimage entre les possibilités qu'offre la recherche et les besoins des diverses parties prenantes, et ainsi maximiser l'utilisation de la recherche. Ces divers acteurs n'ont pas toujours été sollicités au moment de la conception de la réforme et cela explique peut-être en partie le fait qu'ils se sentent peu concernés par sa mise en application. Une meilleure articulation entre la recherche et le système de santé serait susceptible d'accroître leur participation et pourrait ainsi contribuer à l'optimisation des pratiques cliniques, à l'amélioration continue de la qualité, à l'amélioration de la performance des organisations, de même qu'au renouvellement de la recherche universitaire. Le contexte des changements en cours dans l'intégration des services de santé et des services sociaux au Québec constitue une excellente occasion de favoriser le développement de connaissances en vue de soutenir les gestionnaires et les professionnels de la santé dans la prise de décisions.

La recherche devrait en outre tenir davantage compte du besoin de réponse rapide des différentes catégories de gestionnaires dans la prise de décisions. Le défi du *timing* est très important, ce qui demande que l'on modifie les façons de faire afin que les résultats soient disponibles plus rapidement ou au moment opportun. Il faut aussi tenir compte de la capacité des gestionnaires à utiliser les résultats de recherche dans un contexte de ressources limitées ainsi qu'à traduire l'information de façon qu'elle soit compréhensible et adaptée au caractère opérationnel de la prise de décisions. Tous les résultats de recherche ne s'adressent pas aux mêmes catégories de professionnels, de gestionnaires

ou de décideurs. Il faut donc faire en sorte que les résultats soient rendus disponibles à ceux qui sont plus susceptibles d'en bénéficier.

Par ailleurs, la question de la pérennité du système de santé ressort comme étant fondamentale. Il faut déterminer les façons de faire à préserver, tout en spécifiant à quelles clientèles elles sont destinées, voir quelles sont les nouvelles innovations à apporter et contribuer à générer de plus grandes capacités d'adaptation en se basant aussi sur des innovations non technologiques. L'un des enjeux de la recherche est de tenir compte des éléments du système autres que structurels.

Enfin, le transfert de connaissances vers le citoyen devrait faire partie intégrante des préoccupations des chercheurs qui se penchent sur l'efficacité du système de santé, afin de permettre à ce citoyen de faire des choix éclairés et de jouer ainsi pleinement son rôle comme acteur du système. La population doit être au centre des préoccupations et être associée au processus de formulation du diagnostic sur le système de santé et sur les besoins en recherche. Il faut amener le citoyen à jouer un rôle plus actif par rapport à sa santé, celle de sa famille et de sa communauté. La recherche doit être plus centrée sur la santé et le bien-être des gens et fournir de l'information susceptible de contribuer à la réduction des écarts de santé liés aux conditions socioéconomiques, rejoignant ainsi les valeurs d'équité promues dans la déclaration de Montevideo.

## Les objectifs de la stratégie

Cette stratégie de développement de la recherche vise à préciser en quoi et comment la recherche peut contribuer à améliorer la performance du système de santé. On ne peut cependant se limiter à corriger les programmes de recherche existants pour répondre aux enjeux actuels de la recherche sur l'efficacité du système de santé. La définition d'un programme stratégique de recherche articulé à partir du diagnostic posé sur le système de santé et sur l'état de la recherche doit se faire en misant sur des idées novatrices et déborder le cadre traditionnel de l'identification de thématiques de recherche prioritaires.

Cette stratégie se décline sous la forme d'un plan d'action qui intègre à la fois un rehaussement des capacités et de l'infrastructure de recherche, une accentuation du financement de la recherche dans les domaines qui accusent un retard au regard des besoins actuels de connaissances et une maximisation des efforts visant une meilleure utilisation des connaissances. La réalisation de ce plan d'action s'articule autour de cinq grands objectifs et est projetée sur un horizon de dix ans.

### 1 - Investir dans les secteurs de recherche à fort potentiel d'impact

À la lumière du diagnostic posé sur le système de santé et sur l'état de la recherche au Québec, de même qu'à la lecture de la situation effectuée par le groupe de travail

précédent sur le défi et ses enjeux, le comité recommande d'orienter le développement de la recherche dans certains secteurs et aussi de privilégier des approches méthodologiques jusqu'à maintenant négligées.

- Les thématiques associées aux valeurs qui sous-tendent le système

Tout système de santé se fonde sur un ensemble de valeurs qui viennent orienter les choix effectués. À cet égard, la réduction des inégalités de santé et des inégalités dans l'accès aux soins de même qualité pour tous ainsi que les enjeux éthiques concernant l'allocation des ressources (ex. : investissements dans le curatif plutôt qu'en prévention et en promotion, investissements massifs en fin de vie) sont des thèmes sur lesquels la recherche devrait porter davantage. Il y aurait aussi lieu de se pencher sur les mesures incitatives encourageant une productivité plus élevée mais qui ne serait pas toujours profitable à l'usager lui-même. Il faut enfin élaborer des stratégies pour outiller le citoyen et encourager sa participation active à la prise de décision, voir dans quelle mesure le système de santé répond à ses attentes et examiner les impacts de la contribution financière exigée de lui, s'il y a lieu.

- Les stratégies et les interventions relatives aux déterminants de la santé

L'élaboration d'actions efficaces en amont des problèmes est un des enjeux majeurs qui se dégagent du contexte québécois des services de santé et des services sociaux (MSSS, *Plan stratégique 2005-2010*, 2005). Il importe donc d'accentuer la recherche sur les stratégies intersectorielles et les interventions en prévention car les gains à ce chapitre pourraient être substantiels et contribuer à accroître l'efficacité du système. Les efforts de recherche dans ce secteur s'inscriront en complément à ceux envisagés dans la stratégie de recherche du projet *Perspectives STS* qui porte spécifiquement sur les saines habitudes de vie.

L'accroissement du fardeau de la maladie occasionné par la montée des maladies chroniques est une question encore peu documentée au Québec, mais qui s'avère particulièrement pertinente dans un contexte où l'on souhaite accorder une plus grande place à la prévention comme facteur contribuant à améliorer l'efficacité du système de santé. Une meilleure connaissance du fardeau de la maladie serait particulièrement profitable aux évaluations d'impact des interventions dans des populations ciblées. Le développement de meilleurs outils de mesure du fardeau de la maladie paraît particulièrement approprié.

- Les pratiques professionnelles dans un contexte organisationnel en mutation

Il faut accentuer la recherche sur les pratiques professionnelles et voir comment favoriser l'atteinte de résultats cliniques à l'échelle de la population ainsi que l'utilisation optimale des ressources et des compétences. Le recours à des méthodes de recherche pour soutenir la participation active des professionnels dans les processus décisionnels est un créneau qui nécessite une attention plus soutenue.

Les mécanismes d'adaptation des pratiques professionnelles pour faire face aux changements dans l'organisation du système ainsi qu'aux transitions épidémiologique, sociodémographique et technologique en cours devraient être mieux documentés. Cela inclut, entre autres, le développement des connaissances permettant d'en arriver à une utilisation optimale des technologies de l'information et de la communication et voir comment celles-ci peuvent soutenir la gestion du changement. Il faut se pencher aussi sur les pratiques permettant d'encourager une utilisation optimale des médicaments.

Il existe actuellement un manque de données probantes sur les plans de soins interdisciplinaires et sur la gestion de l'épisode de soins. Une meilleure connaissance de l'épisode de soins du patient ainsi que de la comorbidité s'avère une dimension importante dans le traitement des maladies chroniques. Il faut aussi mentionner le manque de données sur les trajectoires de soins entre les organisations; la circulation de l'information entre les organisations ne se fait pas toujours de façon adéquate en raison d'une utilisation insuffisante des technologies de l'information et de la communication. De façon globale, il se fait peu de recherche sur l'organisation du travail et sur les stratégies de gestion. Avec la mise en place des réseaux locaux de service, il devient essentiel de rechercher les conditions favorables à la collaboration interprofessionnelle, inter-établissements et inter-réseau.

À cela s'ajoutent les questions relatives à la main-d'œuvre: les besoins non satisfaits, la rémunération, les conditions de travail, la santé mentale et la qualité de vie au travail. Une meilleure connaissance de l'impact de la coexistence de modes de rémunération différents entre les médecins et les autres professionnels de la santé pourrait aussi s'avérer utile pour mieux comprendre les facteurs qui freinent les collaborations interprofessionnelles et interorganisationnelles.

- La transformation et la gestion des organisations

La transformation des modes d'organisation se situe sur une échelle temporelle qui fait que les résultats escomptés n'apparaissent qu'après un certain délai. Cette transformation s'inscrit par ailleurs dans un univers changeant, marqué par les transitions épidémiologique, sociodémographique et technologique. La gestion des organisations est ainsi soumise à la nécessité de s'adapter continuellement au changement. Dans ce contexte, l'évaluation des impacts sur la santé et sur le système lui-même requiert la conduite d'études longitudinales complexes. Pour pallier l'absence de résultats immédiats, des études comparatives sur les modes d'organisation élaborés dans d'autres systèmes de santé peuvent constituer une alternative intéressante.

- Les dimensions sociales et communautaires

L'inventaire de la recherche effectuée au Québec entre 2000 et 2006 révèle que les dimensions sociales et communautaires du système ont été peu étudiées, non seulement en ce qui a trait aux services sociaux, mais également dans les services de santé. Il en est ainsi de l'implication des organismes communautaires, du rôle des proches aidants,

des conditions sociales et économiques de la population ainsi que de la prise en main, par le citoyen, de sa propre santé.

- L'efficience du système et l'utilisation optimale des ressources

Malgré l'importance des sommes consacrées à la santé, peu d'études ont porté jusqu'à maintenant sur l'utilisation optimale des ressources. Les analyses coût-efficacité sont peu nombreuses. Celles-ci s'avèrent capitales en particulier avec l'implantation de technologies coûteuses, qu'il s'agisse d'appareils diagnostiques, chirurgicaux et thérapeutiques ou de nouveaux médicaments. L'impact de l'implantation des technologies de l'information et de la communication dans la gestion et la pratique est encore peu documenté. Il en va de même de l'impact des nouveaux modes d'organisation et des changements dans l'attribution des ressources sur la santé de la population et sur les coûts du système. Il faut aussi développer des connaissances sur les effets des technologies de l'information et de la communication sur la qualité des soins. La réalisation d'études en lien avec l'efficience exigera cependant de rehausser l'expertise en économie de la santé, qui s'avère peu développée au Québec en ce moment.

- L'utilisation des connaissances

Considérant l'importance de l'utilisation des connaissances comme élément clé pour améliorer l'efficacité du système de santé, il serait utile de mieux connaître les approches qui facilitent le partage de l'information relative aux résultats de recherche et de mieux cerner les obstacles qui entravent leur utilisation optimale. Il ne suffit pas uniquement d'accentuer le transfert de connaissances, il faut également s'assurer que les façons de le faire sont optimales et que les connaissances disponibles sont utilisées par les professionnels, les gestionnaires et les décideurs concernés.

- L'accès et l'exploitation des bases de données

Le comité note par ailleurs que plusieurs secteurs de recherche pourraient être mieux développés si le Québec disposait d'une meilleure infrastructure de recherche. Il propose donc de faire en sorte que l'utilisation et le jumelage des banques de données administratives et des données d'enquêtes soient facilités. Ces banques de données recèlent une quantité impressionnante d'informations pertinentes pour étudier l'efficacité du système de santé. Cependant, le fait que ces bases de données ne soient pas intégrées vient en limiter l'exploitation. Il serait particulièrement pertinent de mettre sur pied un centre semblable à celui qui a été développé dans les années 1990 par les chercheurs du Manitoba Centre for Health Policy où les différentes bases de données ont été mises en commun pour créer POPULIS. Ce centre de traitement et d'analyse de l'information sur la santé intègre les banques de données administratives relatives à l'utilisation des services médicaux, les données d'enquêtes sur l'état de santé et les données de recensement ayant trait aux variables socioéconomiques.

Actions stratégiques

- Financer des équipes et des chaires centrées sur les thématiques prioritaires mentionnées précédemment.
- Introduire des mécanismes d'évaluation permettant de faire des choix parmi les démarches suivantes lors du financement de projets :
  - les études comparatives sur les systèmes de santé;
  - la recherche évaluative;
  - la recherche longitudinale;
  - la recherche en partenariat inscrite en milieu de pratique;
  - la modélisation et les modèles prévisionnels;
  - l'élaboration et la standardisation d'indicateurs.
- Faciliter l'exploitation et le jumelage de grandes banques de données et élaborer des mécanismes pour en faciliter l'accès, dont la définition de nouveaux cadres législatifs et éthiques favorisant la recherche de qualité dans le respect des normes d'éthique et de confidentialité.

### 2 - Créer un lieu d'échange permanent entre chercheurs et utilisateurs

Il faut trouver des mécanismes permettant d'impliquer davantage citoyens, décideurs, gestionnaires et intervenants dans le choix des priorités de recherche, de façon à atteindre une meilleure adéquation entre la production de recherche et les besoins du système de santé. À cette fin, la mise en place d'un réseau facilitant des rencontres entre les chercheurs, les décideurs du ministère de la Santé et des Services sociaux et de ses agences, les organismes subventionnaires et les organismes paragouvernementaux de transfert de connaissances pourrait s'avérer une possibilité intéressante pour créer un lieu d'échange continu qui fait actuellement défaut sur la thématique de l'efficacité du système de santé. Le dispositif devrait être suffisamment souple pour permettre de poser des diagnostics sur le système et sur les priorités de recherche. Il devrait, de plus, favoriser un retour sur l'utilisation des connaissances pour voir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Ce dispositif pourrait également constituer un espace de discussion facilitant le débat sur la présente stratégie. Investir dans le réseautage aiderait à stimuler le développement des capacités. On pourrait s'inspirer à cet égard de l'exemple du Health Services and Policy Research Support Network créé en 2003 par la Michael Smith Foundation for Health Research en Colombie-Britannique grâce à un soutien financier substantiel du ministère de la Santé de cette province.

Afin de faciliter l'appropriation des résultats, il serait opportun de créer un programme de recherche qui permettrait de déployer les connaissances jusqu'à leur mise en application et dans lequel les acteurs de la santé seraient mis à contribution pour définir les priorités. Il faudrait articuler ce programme à partir du diagnostic posé sur le système de santé,

BIBLIOTHÈQUE
21 JAN. 2008
ASSEMBLÉE NATIONALE

mais en prenant soin de ne pas trop délimiter au préalable les intérêts de recherche et en distinguant entre les besoins immédiats et la recherche à plus long terme, celle-ci s'avérant également importante.

En s'inspirant des démarches de priorisation déjà entreprises par les Instituts de recherche en santé du Canada, par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé ainsi qu'en Grande-Bretagne et en les adaptant au contexte québécois, il faut déterminer les besoins prioritaires du système de santé, voir dans quelle mesure la recherche actuelle y répond et quelles sont les moyens possibles pour améliorer cette contribution.

Il faut également situer l'évolution du Québec par rapport à ce qui se fait ailleurs au Canada et dans le monde et voir quelles sont les façons de faire qui pourraient être importées. Cela implique un effort au chapitre de la standardisation des indicateurs de façon à faciliter la réalisation d'analyses comparatives.

**Actions stratégiques**

Mettre en place les modalités de financement pour soutenir un réseau permanent réunissant chercheurs, décideurs, gestionnaires, praticiens et citoyens.

Il peut s'agir de créer un réseau propre à la recherche sur les services et les politiques de santé ou d'utiliser les réseaux existants (comme le Réseau de recherche en santé des populations) et les faire évoluer pour qu'ils servent de lieu d'échange permanent. Ce réseau aura pour mandat de :

- structurer le débat;
- poser des diagnostics sur le système de santé;
- définir des priorités de recherche;
- définir les orientations et une programmation de recherche d'ensemble;
- faire un retour sur l'utilisation des connaissances;
- mettre en place un mécanisme pour assurer une rétroaction sur l'usage des résultats de recherche.

### 3 - Assurer la relève

Comme la cohorte de chercheurs travaillant sur les thématiques propres à l'efficacité du système de santé est vieillissante, il s'avère particulièrement important de mettre l'accent sur la formation de nouveaux chercheurs dans les créneaux où des déficits pourraient se faire sentir très rapidement étant donné l'absence de masse critique.

Actuellement, la formation n'est pas propice à l'interdisciplinarité et ne permet pas non plus une collaboration étroite avec les intervenants sur le terrain. L'implication des chercheurs directement sur le terrain favoriserait le transfert et permettrait de stimuler l'intérêt des professionnels pour la recherche. La collaboration des universités apparaît essentielle pour faire évoluer le curriculum de recherche, de façon à le rendre plus interdisciplinaire, mieux articulé avec le milieu de pratique ainsi qu'avec la participation active du citoyen dans la prise en charge de sa propre santé.

L'inventaire des étudiants au doctorat et des stagiaires postdoctoraux entre 2000 et 2006 révèle que très peu d'entre eux ont une formation en sciences sociales, particulièrement en sociologie, en anthropologie et en service social. Le rehaussement du nombre d'étudiants de ces disciplines permettrait sans doute d'accentuer la recherche sur les dimensions sociales et communautaires des systèmes de santé, qui est insuffisante en ce moment. Au-delà de la formation, il faut aussi accroître la capacité d'accueil des universités pour les nouveaux professeurs. Les actions stratégiques recommandées sont présentées ici en deux volets, étant donné la spécificité des actions recommandées pour le rehaussement de l'expertise en économie de la santé.

**Actions stratégiques**

- Cibler les créneaux à prioriser.
- Créer des chaires spécialisées pour les dimensions peu couvertes.
- Lancer un programme de bourses de carrière aux chercheurs en milieu de pratique.
- Allouer des bourses à la formation interdisciplinaire.
- Accroître le nombre de bourses de chercheurs de carrière dans le domaine.
- Bâtir un curriculum interdisciplinaire permettant le partage des expertises.
- Définir des mesures favorisant la permanence de chercheurs-boursiers dans les postes universitaires.
- Prévoir des bourses d'été pour inciter les finissants au baccalauréat à s'orienter dans ce secteur de recherche, en particulier ceux qui viennent des sciences sociales.

Constatant le sous-développement de l'expertise en économie de la santé et l'importance cruciale des analyses coût-efficacité, elles aussi déficientes, il est recommandé de s'attaquer rapidement au problème de la relève dans ce domaine, ce qui permettra de développer la recherche sur l'efficience. Cette lacune est étonnante, considérant le grand nombre d'économistes au Québec et la présence de programmes de formation en économique dans plusieurs universités. Il semble cependant que la spécialisation

« économie de la santé » n'ait pas été privilégiée dans les universités québécoises. Cette démarche s'avère essentielle pour une connaissance plus approfondie du financement du système : en ce moment, les scénarios de financement mis sur la table ne sont pas soutenus par des analyses très poussées. Il serait également souhaitable de développer une expertise en finances publiques. Il faut s'interroger sur les moyens de financement et sur les modes d'allocation, dans une perspective où, même en prévention, on s'oriente vers des avenues d'investissements supplémentaires. Enfin, il faut aussi mieux étudier l'impact des politiques sur la santé.

Au Canada, la spécialisation en économie de la santé a été développée principalement à l'Université McMaster (au Centre for Health Economics and Policy Analysis) mais aussi, bien que de façon plus dispersée, à l'Université de Toronto, où l'on trouve le Toronto Health Economics (THE) Network. Mentionnons aussi la présence d'experts en économie de la santé à la Direction générale de la politique de la santé de Santé Canada, qui sont désignés pour agir à titre de mentors pour les stagiaires postdoctoraux bénéficiant du programme de bourses postdoctorales de Santé Canada (dix bourses offertes par année). Il serait pertinent d'inviter des étudiants à faire appel à ce programme méconnu. Enfin, quelques grands noms de l'économie de la santé au Canada se retrouvent à l'Université de Colombie-Britannique.

Actions stratégiques

- Prévoir des mesures incitatives pour encourager le recrutement universitaire de jeunes chercheurs en économie de la santé formés à l'extérieur afin de développer une masse critique dans le domaine.
- Réserver des bourses de formation doctorale et postdoctorale à ce secteur de recherche.
- Mettre progressivement sur pied des équipes en lien avec l'économie de la santé.
- Créer au moins deux chaires de recherche visant le recrutement étranger en économie de la santé, dont une pour étudier l'impact des politiques.
- Mettre sur pied un programme de formation de deuxième et de troisième cycle en économie de la santé qui pourrait être associé à un programme de formation interdisciplinaire.
- Fournir un soutien financier complémentaire à la formation doctorale et postdoctorale en économie de la santé dans les centres reconnus à l'extérieur du Québec.
- Valoriser la réalisation de stages postdoctoraux en capitalisant sur le programme de bourses postdoctorales de Santé Canada.

**4 - Maximiser l'utilisation des connaissances**

Une utilisation optimale des résultats de recherche repose sur une meilleure articulation entre la recherche et le système de santé, de même que sur le transfert des connaissances. Cela passe par : 1) l'inclusion du transfert dans la formation des chercheurs, 2) la mise en place de mesures incitatives pour aider les chercheurs à s'impliquer plus activement sur ce plan, 3) la révision des critères d'évaluation dans les comités de pairs et 4) le développement de mécanismes visant à faciliter le transfert vers les décideurs, les praticiens et les citoyens.

Il est suggéré de mettre en oeuvre un programme de formation sur le transfert des connaissances, comme celui qui existe pour les chercheurs de l'Union européenne. Une plus grande reconnaissance, par le milieu universitaire, du transfert de connaissances comme prolongement indispensable des activités de recherche s'avère essentielle. Les activités de transfert devraient faire partie des indicateurs pris en compte par les comités de pairs dans l'évaluation de la qualité des dossiers. De plus, les fonds subventionnaires devraient y consacrer une partie préalablement définie de leur budget. À l'échelle canadienne, la FCRSS et les IRSC ont fait beaucoup pour développer le transfert de connaissances et pour faire en sorte que la recherche soit plus en lien avec les décideurs.

On remarque que le transfert a plus souvent été orienté vers les décideurs que vers les praticiens qui pourtant, pourraient bénéficier d'une intégration directe des données probantes dans leur travail. Pour atteindre cet objectif, il faut intensifier l'accompagnement et développer des synergies nouvelles entre la recherche et les milieux de pratique, en favorisant la production de collectifs de recherche et de synthèses de connaissances et en mettant sur pied des réseaux thématiques et des chaires de recherche ayant pour objectif d'assurer un meilleur transfert et une plus grande appropriation des connaissances par les décideurs, les cliniciens et les citoyens. À l'heure actuelle, une seule chaire de recherche porte spécifiquement sur le transfert des connaissances dans le secteur de la santé (chaire FCRSS/IRSC sur la dissémination et l'utilisation de la recherche dans les services de santé). Son bulletin de veille s'adresse avant tout aux chercheurs qui s'intéressent au transfert.

Aux États-Unis, le site Internet Medscape constitue un modèle enviable de dispositif de transfert vers les praticiens. Création de WebMD, une compagnie cotée en bourse, ce site a pour mission de fournir aux praticiens un corpus d'information clinique ainsi que des outils leur permettant d'améliorer les soins aux patients. On y trouve entre autres une bibliothèque, un forum de discussion avec les pairs, de l'information sur les activités de formation et sur les nouvelles scientifiques les plus pertinentes. Ce site est aussi doté d'un bulletin électronique d'information hebdomadaire gratuit à l'intention des praticiens et accessible sur demande. Le site dispose également d'un portail d'information à l'intention du grand public (WebMD Health), qui vise à aider le citoyen à jouer un rôle actif à l'égard de sa santé en lui fournissant une information objective sur les soins de santé et sur les habitudes de vie. Un centre de liaison et de

transfert pourrait sans doute prendre en charge l'élaboration d'outils similaires adaptés à la réalité québécoise.

Une autre option pour favoriser le transfert vers les praticiens est d'encourager la recherche en milieu de pratique. À cet égard, le programme de chercheurs-boursiers dans des milieux de pratique, qui existait au moment de la transformation des fonds subventionnaires québécois en 2001, devrait être réintroduit.

Au chapitre des mécanismes de transfert à mettre en place, il est conseillé de s'inspirer des tentatives de raccordement entre l'université et le terrain comme l'approche privilégiée par certaines agences de santé et des services sociaux, où un responsable est désigné pour assurer le lien entre les deux, ou de l'exemple du Institute for Healthcare Improvement, organisme américain engagé dans la préparation de « kits » de transfert de connaissances, ou enfin de l'Académie canadienne des sciences de la santé, qui produit à la fois des recherches originales classiques, des synthèses de connaissances et des adaptations d'expériences réalisées ailleurs.

On constate finalement que la formation des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux n'est pas adaptée à la réalité nouvelle. Ces gestionnaires ne sont pas encouragés à se tenir à jour dans le déroulement de leurs activités quotidiennes. Les mesures existantes pour maximiser l'utilisation des connaissances n'apparaissent pas suffisantes. Il faudrait mettre en place des mesures incitatives pour favoriser les échanges et le développement de l'innovation sur le modèle des organisations apprenantes afin d'améliorer les compétences. La gestion des connaissances correspond à un courant important dans les sociétés occidentales; dans un univers où l'information a pris une extrême importance, cela implique le passage d'une gestion de services à une gestion des connaissances. Dans ce contexte, il est important de développer la capacité réceptive des utilisateurs de recherche afin d'optimiser l'application des connaissances (Hanney *et al*., 2003).

Actions stratégiques :

- Consacrer au transfert de connaissances une partie significative du budget des fonds allant aux équipes, réseaux et bourses.
- Intégrer, dans les programmes de bourses doctorales et postdoctorales, un volet de transfert de connaissances (sous forme de séminaires ou de cours intégrés dans la formation).
- Lancer des appels de propositions pour la production de collectifs de recherche et de synthèses de connaissances.
- Mettre en place un programme d'actions concertées avec les partenaires gouvernementaux pour favoriser la recherche sur le transfert et l'appropriation des connaissances.
- Offrir des bourses de formation et des stages rémunérés en milieu de pratique.
- Attribuer des bourses conjointes (un étudiant associé à un intervenant).
- Inclure les activités de transfert dans les critères d'évaluation des comités de pairs.
- Créer un centre de liaison et de transfert des connaissances (CLT) vers les décideurs, les gestionnaires et les intervenants. Ce centre serait créé par le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation et aurait pour mandat :
  - d'être à l'affût des résultats de recherche et des besoins des utilisateurs;
  - d'élaborer des outils tels des synthèses de connaissances, colloques, bulletin électronique, etc. (voir exemple de Medscape cité précédemment).

Mettre en place une série de mesures pour inciter les gestionnaires de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux à améliorer leur compétence en matière de gestion par résultats et pour encourager le développement de communautés de pratique. Ces mesures seraient mises en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

### 5 - Assurer le financement de la stratégie

La réalisation d'une telle programmation de recherche et de transfert exige que des sommes substantielles y soient consacrées. Des initiatives prises par d'autres systèmes publics de santé permettent d'apprécier l'ampleur de l'effort à consentir. Ainsi, considérant l'apport essentiel de la recherche à l'amélioration du système de santé, le gouvernement britannique s'est fixé comme objectif d'affecter à la recherche sur l'efficacité du système 1 % des montants consacrés annuellement au financement du système de

santé. L'adoption d'une telle mesure au Québec équivaudrait à des déboursés annuels d'environ 220 millions de dollars.

L'ensemble des actions stratégiques recommandées ici ne nécessite pas un investissement ponctuel aussi massif, d'autant plus que la capacité d'absorption du système de recherche est plutôt limitée pour le moment. Il est clair, toutefois, de ce qui précède, que les besoins en recherche sur l'efficacité du système de santé sont grands et que le Québec dépense moins en proportion que la moyenne canadienne dans ce domaine. Une augmentation progressive mais importante du financement de la recherche devrait donc être entreprise. Les possibilités d'une amélioration considérable de l'efficience du système actuel font qu'un tel investissement a de fortes chances d'être rentable à long terme.

Comme investissement initial pour la première année de mise en œuvre de cette stratégie, le Québec pourrait s'inspirer de l'initiative récente du ministère de la Santé de Colombie-Britannique, qui a octroyé 16 millions de dollars en 2003 et 2004 à la Michael Smith Foundation for Health Research spécifiquement pour la mise sur pied du Health Services and Policy Research Support Network afin de soutenir la recherche sur les services de santé, en mettant l'accent sur l'évaluation et la reconfiguration du système. Une telle entité n'existe pas au Québec à l'heure actuelle. En se basant sur les budgets respectifs de la santé dans les deux provinces pour l'exercice financier 2006-2007 (11,9 milliards en Colombie-Britannique et 22,1 milliards au Québec), une initiative de la même ampleur au Québec signifierait un déboursé de 29,7 millions de dollars pour la recherche sur les services et les politiques de santé. On pourrait donc envisager atteindre cette cible sur un horizon de cinq ans.

Ce montant (29,7 millions), qui équivaut à 0,13 % du budget total dévolu à la santé au Québec en 2006-2007, se rapproche de la part estimée des investissements en recherche sur les services de santé parmi l'ensemble des dépenses publiques pour le fonctionnement du système de santé américain et qui atteint 0,15 % en 2006 (c.-à-d. 1,5 milliard de dollars en recherche sur 999,5 milliards pour la portion publique du système de santé) (Coalition for Health Services Research, 2006, Heffler *et al.*, 2005).

D'autres exemples viennent illustrer la pertinence de cette forme d'investissement et montrer à quel point le Québec est déficitaire dans ce domaine. Toujours aux États-Unis, le Veterans Health Administration – qui dispose des services de 16 000 médecins salariés et dessert 5 millions de vétérans américains – a prévu consacrer à la recherche sur les services de santé 134 millions de son budget annuel de 32 milliards de dollars en 2007, ce qui représente 0,42 % de l'enveloppe totale. Rappelons, par ailleurs, l'amélioration fulgurante de l'efficience de cette organisation au cours de la dernière décennie, au point qu'elle est devenue un système de référence. Le même degré d'engagement en recherche se retrouve chez Kaiser Permanente, le plus important HMO américain, qui compte 8,5 millions de membres et dispose des services de près de 13 000 médecins; en 2003, cette organisation consacrait 80 millions de son budget annuel de 17 milliards de dollars à la recherche sur les services de santé, ce qui équivaut à 0,47 % du total (Lomas, 2003).

## Conclusion

Le mérite de cette stratégie de recherche est de tenir compte des lacunes observées dans l'organisation du système de santé tout en s'appuyant sur un bilan actuel de la recherche sur l'efficacité du système. Son caractère unique vient du fait qu'elle déborde la priorisation de thématiques de recherche pour aborder la question de l'organisation de la recherche dans son ensemble. Les mesures proposées vise une meilleure harmonisation entre la production de recherche et les besoins de connaissances du système de santé afin de contribuer à en accroître l'efficacité.

Il paraît évident qu'il faut d'abord accroître les capacités de recherche : pour y parvenir, développer des masses critiques et assurer la relève constituent deux préalables majeurs si on veut éviter l'attrition. Il faut également combler les lacunes dans certains domaines, notamment en économie de la santé, où le Québec accuse un retard préoccupant qui vient limiter une bonne compréhension de l'efficience du système. Enfin, l'articulation entre la recherche et le système de santé exige un accroissement des échanges entre les chercheurs et les différents acteurs du système qui permettrait de valoriser l'utilisation des connaissances. Ces échanges s'avèrent indispensables pour faciliter le transfert et l'appropriation des connaissances car, au dire des experts, c'est moins la connaissance qui fait défaut que sa mise en application.

Toutes ces mesures ne sauraient être réalisables sans un apport financier supplémentaire. Étant donné les budgets limités des organismes subventionnaires, il est suggéré qu'une partie des sommes allant au financement du système de santé soit consacrée à la recherche sur l'efficacité du système, en contrepartie des retombées qu'elle pourrait générer.

## Références


Barer, M.L., R.G. Evans, K.M. McGrail, B. Green et C. Hertzman (2004). « Beneath the calm surface : the changing face of physician-service use in British Columbia, 1985/86 versus 1996/97 ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, p. 803-807.

Champagne, F., A. P. Contandriopoulos, J. Picot-Touché, F. Béland, H. Nguyen (2004). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle ÉGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)*, Rapport technique. Montréal, GRIS, Université de Montréal.

Coalition for Health Services Research (2006). *Federal funding for health services research*, décembre, AH funding report12.06indd 1 b b h, http://www.chsr.org.

Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec (2006). *Le système universitaire québécois : données et indicateurs*, Montréal, CREPUQ.

Conseil de la santé et du bien-être (2004). *Pour une appréciation globale et intégrée du système québécois de services de santé et de services sociaux*, Québec.

Conseil de la science et de la technologie (2005). *Les contributions possibles de la recherche à sept grands défis socioéconomiques du Québec. Rapport de l'étape 4 de Perspectives science, technologie, société*, Québec, CST.

Coory, M.D. (2004). « Ageing and healthcare costs in Australia : a case of policy-based evidence? » *Medical Journal of Australia*, vol. 180, p. 581-583.

Evans, R.G., K. McGrail, S. Morgan, M.L. Barer, C. Hertzman (2001). « Apocalypse No: Population Aging and the Future of the Health Care System », *Canadian Journal on Aging*, vol. 20, Suppl. 1, p. 160-191.

Hanney, S.R., M.A. Gonzalez-Block, M.J. Buxton et M. Kogan (2003). « The utilisation of health research in policy-making : concepts, examples and methods of assessment », *Health Research Policy and Systems*; vol. 1, n° 2.

Heffler, S., S. Smith, S. Keehan et al. (2005). « U.S. health spending projections for 2004-2014 ». *Health Affairs*, janvier-juin, Suppl. Web Exclusives : W5-74-W5-85.

Lomas, J. (2003). « Health services research ». *British Medical Journal*; vol. 327, p. 1301-1302.

Newhouse, J.P. (1993). « An iconoclastic view of health cost containment ». *Health Affairs*, vol. 12 (Suppl.) p. 152-171.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2006). *Indicateurs de santé 2006*, Ottawa, Statistique Canada.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan stratégique 2005-2010*, Québec, MSSS.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2006). *Projecting OECD health and long-term care expenditures : what are the main drivers?*, Paris, Economic Department Working Papers, n° 477.

Organisation mondiale de la santé (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*, Genève, OMS.

Pan American Health Organization (PAHO) (2005). *Déclaration régionale sur les nouvelles orientations en soins de santé primaires (déclaration de Montevideo)*, Washington, D.C., Organisation panaméricaine de la santé.

Robine, J.M., I. Romieu et E. Cambois (1999). « Health expectancy indicators ». *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 77, p. 181-185.

Statistique Canada (2006). *Estimation des dépenses au titre de la recherche et du développement dans le secteur de l'enseignement supérieur, 2004-2005*, Bulletin de service « Statistiques des sciences », numéro 88-001-XIF au catalogue, vol. 30, n° 5, août.

Strunk, B.C., P.B. Ginsburg et M.I. Banker (2006). « The effect op population aging on future hospital demand ». *Health Affairs*, vol. 25, p. w141-w149.

Thorpe, K.E., C.S. Florence, D.H. Howard et P. Joski (2005). « The rising prevalence of treated disease : effects on private health insurance spending », *Health Affairs*, vol. 24 (Suppl.), p. 317-325.

## Annexe 1
## Membres du comité de pilotage

**Président**

M. Pierre Joubert
Directeur
Direction de la planification, de la recherche et de l'innovation
Institut national de santé publique du Québec

**Chercheurs**

M. Renaldo Battista
Directeur
Département d'administration de la santé
Faculté de médecine
Université de Montréal

M. Jean-Louis Denis
Titulaire de la chaire FCRSS/IRSC
Département d'administration de la santé
Faculté de médecine
Université de Montréal

Mme Jeannie Haggerty
Professeure adjointe
Département des sciences de la santé communautaire
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke

Mme Anne Lemay
Adjointe au directeur général
Directrice de la gestion de l'information et de la qualité-performance
CHUM – Hôtel-Dieu

Mme Lise Talbot
Vice-doyenne aux études en sciences de la santé, Faculté de médecine
Professeure agrégée, Département des sciences infirmières
Université de Sherbrooke

**Utilisateurs**

M. Terry Kaufman
Résidences Mance-Decary

Mme Joëlle Lescop
Directrice des affaires médicales
Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux

Mme Andrée Quenneville
Directrice
Direction des politiques et des orientations stratégiques
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M. Denis A. Roy
Directeur de la gestion de l'information et des connaissances
Agence de développement des réseaux locaux de
services de santé et de services sociaux de la Montérégie

M. Guy Simard
Directeur
Direction de l'actuariat et de l'analyse des programmes
Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

**Observateurs**

M. Germain Godbout
Directeur du projet *Perspectives STS*

Mme Marie-Christine Lamarche
Directrice par intérim
Direction de la recherche
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Eric Latimer
Représentant du Fonds de la recherche en santé du Québec
Directeur, axe Services, politiques et santé des populations
Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

M. Benoît Sévigny
Secrétaire du Fonds et directeur des communications
Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture

**Conseil de la science et de la technologie**

Mme Marie Demers
Coordonnatrice du comité
Agente de recherche

## Annexe 2
## Lecteurs externes du document de stratégie

Mme Johanne Archambault, directrice
Coordination des Affaires académiques
Centre de santé et de services sociaux (Centre affilié universitaire)
et Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

M. Daniel Corbeil, directeur général
Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville – Saint-Laurent
(Centre affilié universitaire)
Montréal

Dr Gilles Paradis, directeur scientifique
Réseau de recherche en santé des populations du Québec
Professeur, Département d'épidémiologie et de biostatistique
Université McGill

Dr Raynald Pineault
Professeur, Département de médecine sociale et préventive
Université de Montréal
Chercheur, Direction de santé publique de Montréal-Centre et Institut national
de santé publique du Québec

Dr Jean Rochon
Expert associé, Institut national de santé publique du Québec
Québec

Bibliothèque de l'Assemblée nationale
Service de la référence – Secteur du prêt
Édifice Pamphile-Le May
1035, rue des Parlementaires
Québec (Québec) G1A 1A3

DATE DE RETOUR

www.cst.gouv.qc.ca

Conseil de la science et de la technologie
Québec

Bibliothèque de l'Assemblée nationale
QL B 342 698